

Nyilatkozat

1. A gyermek neve:

2. A gyermek születési dátuma:

3. A gyermek lakcíme:

4. A gyermek anyjának neve:

5. Nyilatkozom arról, hogy

5.1. a gyermekemen észlelhetőek az alábbi tünetek:

5.1.1. Láz:	nem	igen
-------------	-----	------

5.1.2. Torokfájás:	nem	igen
--------------------	-----	------

5.1.3. Hányás:	nem	igen
----------------	-----	------

5.1.4. Hasmenés:	nem	igen
------------------	-----	------

5.1.5. Bőrkiütés:	nem	igen
-------------------	-----	------

5.1.6. Sárgaság:	nem	igen
------------------	-----	------

5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés:	nem	igen
---	-----	------

5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás:	nem	igen
--	-----	------

5.2. A gyermek tetű- és rühmentes:	nem	igen
------------------------------------	-----	------

Pécs, 2024.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

aláírás